Aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
T.a.v. mevrouw drs. E.I. Schippers
Postbus 20350
2500 EJ 'S-GRAVENHAGE

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Behandeld door	**Telefoonnummer**	**E-mailadres**	**Kenmerk**
		vragencure@nza.nl	131829/186612

Onderwerp	**Datum**
Beleidsbrief marktscan ggz 2014 deel B	2 juli 2015

Mevrouw de Minister,

Hierbij bieden wij u de Marktscan geestelijke gezondheidszorg (ggz) 2014 (deel B) aan. Eind 2014 heeft u van ons deel A ontvangen, over de betaalbaarheid en toegankelijkheid van de ggz. In deel B gaan we in op het contracteerproces in 2015, de financiële ontwikkeling van ggz-aanbieders in de periode 2012-2013, en de transparantie van informatie over de kwaliteit van zorg. Zoals in de beleidsbrief bij deel A is aangegeven, gaan we ook dieper in op de wachttijden voor de ggz. Daarnaast is deel B aangevuld met een analyse naar langdurig ggz-zorggebruik.

Het jaar 2014 stond in het teken van diverse veranderingen. De Basis-ggz werd ingevoerd, een deel van de langdurige ggz werd overgeheveld naar de Zvw en aan het einde van 2014 werd de Jeugd-ggz en 'beschermd wonen' overgeheveld naar de gemeenten. Daarnaast hadden zorgaanbieders problemen om een goedkeurende accountantsverklaring bij hun jaarrekeningen te krijgen. Via ons meldpunt maar ook vanuit branchepartijen kregen we daarnaast de nodige signalen over het proces van de contractering.

In 2015 zien wij dat de wijzigingen in de organisatie meer vorm krijgen en dat er een stabieler beeld ontstaat. De algemene conclusies en acties uit dit deel van de marktscan zijn:

- De contracten die voor 2015 zijn afgesloten leiden niet alleen tot een beperking van de uitgaven, maar ook tot een beperking van het risico op upcoding. Wij gaan na welke aanpassingen in de huidige productstructuur mogelijk zijn zodat contracten eerder afgerekend kunnen worden en er eerder zicht is op de uitgaven.
- In de contractering kunnen grote zorgaanbieders met verzekeraars onderhandelen. Onder een bepaalde omzetgrens wordt er digitaal gecontracteerd. In de volgende marktscan doen wij onderzoek naar de contractering en onderhandelingsmogelijkheden van kleine zorgaanbieders.

- De inkoopvoorwaarden voor 2015 waren op het punt van het hoofdbehandelaarschap ruimer dan in 2014. Daarnaast zien we bij een klein aantal zorgverzekeraars ontwikkelingen op het gebied van selectieve inkoop op stoornisniveau.
- Gemiddeld genomen voldoet de sector aan de algemene normen voor rentabiliteit, solvabiliteit en liquiditeit over 2012 en 2013. De financiële gevolgen van het zelfonderzoek dat zorgaanbieders dit jaar doen komen terug in de jaarrekening 2014.
- Er is een grote spreiding tussen zorgaanbieders als het gaat om wachttijden voor gespecialiseerde ambulante ggz. Er zijn ook sterke verschillen in de gemiddelde wachttijd tussen diagnosegroepen. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) onderzoekt of verzekeraars aan hun zorgplicht voldoen en actief voor hun verzekerden bemiddelen als bepaalde aanbieders een lange wachttijd hebben. De resultaten hiervan verwachten we komend najaar.
- Partijen in de ggz en forensische zorg (fz) bespreken momenteel de aanpassing van de DBC-productstructuur. De NZa is daarbij actief betrokken. We gaan onder meer na of we ook de ontwikkeling van het ziektebeeld in de productstructuur tot uiting kunnen laten komen, aangezien uit onderzoek blijkt dat één op de vier volwassen ggz patiënten (25%) langdurig tweedelijns ggz heeft ontvangen. [1]
- Afgelopen jaar ontving de NZa veel signalen over de toepassing van de privacyregeling in de ggz. Wij onderzoeken of deze regeling juist wordt toegepast. We presenteren de resultaten komend najaar.

Contractvormen Zvw ggz 2015

De contractering voor 2015 heeft een belangrijke plek in de marktscan gekregen. We hebben de inkoopdocumenten van verzekeraars doorgenomen, contracten geanalyseerd en diverse gesprekken met partijen gevoerd. We zien in 2015 bij een klein aantal verzekeraars ontwikkelingen op het gebied van selectieve inkoop op stoornisniveau. Dit houdt in dat betaalde zorg niet meer bij iedere aanbieder wordt ingekocht. En we zien dat zorgverzekeraars hun inkoopvoorwaarden op punten verruimen. Aanleiding hiervoor zijn vooral de gesprekken over de jaarrekeningen voor 2013 en de afspraken die partijen gemaakt hebben over de uniformering van een aantal contractuele voorwaarden. Zo zijn in de inkoopvoorwaarden voor 2015 meer beroepen als hoofdbehandelaar erkend dan in 2014. Onlangs heeft de commissie Meurs haar advies uitgebracht over het hoofdbehandelaarschap in de ggz, waarin gesproken wordt over een regiebehandelaar in plaats van een hoofdbehandelaar. Wij bekijken of dit consequenties heeft voor de regelgeving en de handhaafbaarheid daarvan.

---

[1] De groep patiënten met langdurig zorggebruik is nu enkel op basis van Zvw zorggebruik in beeld gebracht. Voor toekomstige marktscans wil de NZa aansluiten bij de door ggz-instellingen, Vektis en ZN ontwikkelde EPA “vignetten” om de EPA groep te monitoren. Met deze EPA-vignetten (waarbij ook wordt gekeken naar Wmo en Wlz zorggebruik zoals beschermd wonen) is het mogelijk om binnen de EPA groep op basis van de zorgvraag negen doelgroepen te onderscheiden.

In de contracten 2015 zijn onder andere afspraken opgenomen over:

1) de doelmatigheid van zorg en het risico tot upcoding;
2) de ruimte voor onderhandeling en het aannamebeleid van nieuwe patiënten;
3) de beheersbaarheid van de uitgaven.

Hieronder gaan we op deze punten nader in.

1. Doelmatigheid en beperking risico tot upcoding

In de contracten voor 2015 wordt door partijen een omzetplafond opgenomen. Daarnaast wordt vaak een maximum prijs per DBC of per verzekerde afgesproken. Deze wijze van contractering bevat twee prikkels die kunnen leiden tot meer efficiënte en doelmatige zorg:

- een verzekeraar kan er via deze weg voor zorgen dat er minimaal evenveel patiënten tegen eenzelfde prijs worden behandeld. Door een lagere prijs per DBC of per verzekerde af te spreken kan een zorgaanbieder gestimuleerd worden om bijvoorbeeld door wijzigingen in de inzet van personeel een efficiencyslag te maken. Het is wel belangrijk dat hierbij het behoud, of de verbetering van de kwaliteit van zorg, niet uit het oog verloren wordt;
- een afspraak over de gemiddelde prijs per verzekerde beperkt de mogelijkheid voor de zorgaanbieder om bewust net over een tijdsgrens heen te declareren. Dit leidt immers tot een hogere uurprijs en kan dus voor een overschrijding van de afspraak zorgen.

2. Ruimte voor onderhandeling en aannamebeleid

Individuele zorgaanbieders geven aan dat zij weinig onderhandelingsruimte ervaren. Dit komt onder andere tot uiting in de vaste omzetplafonds. Uit de opgevraagde contracten blijkt dat grotere zorgaanbieders wel een bepaalde mate van onderhandelingsruimte hebben en dat zorgverzekeraars ook rekening houden met lokale omstandigheden. Verzekeraars hanteren echter een omzetgrens voordat zij met een zorgaanbieder in gesprek gaan. Indien een zorgaanbieder onder deze grens valt, en die verschilt per verzekeraar, krijgen zorgaanbieders via internet een (standaard)contract dat zij met de verzekeraar kunnen afsluiten. Hierdoor is de onderhandelingsruimte voor kleinere zorgaanbieders beperkter.

Uit de marktscan blijkt dat zorgverzekeraars voor grotere zorgaanbieders geen doorleververplichting in de contracten opnemen. Dit wil zeggen dat, indien een plafond bereikt is, deze instellingen geen nieuwe patiënten hoeven aan te nemen. De behandeling van patiënten die al in zorg zijn op het moment dat het plafond wordt bereikt moet wel worden afgerond. Het kan om die reden voorkomen dat er vroegtijdig wordt gestopt met het aannemen van nieuwe patiënten. Voor kleinere zorgaanbieders kan een overschrijding van een plafond een groot financieel effect hebben. Dat kan er bij deze zorgaanbieders toe leiden dat zij terughoudend zijn bij het aannemen van nieuwe patiënten. Indien plafonds gedurende het jaar niet worden bijgesteld kan een deel van de financiële ruimte hierdoor onbenut blijven terwijl er wel een zorgvraag is. In het uiterste geval zou het zelfs de ongewenste bijkomstigheid kunnen hebben dat wachttijden verder toenemen, terwijl dat niet nodig is.

In de volgende marktscan doet de NZa nader onderzoek naar de contractering van deze kleinere zorgaanbieders, en met name de vrijgevestigden. Daarnaast hebben we een serie zogenoemde ronde tafel gesprekken met zorgaanbieders en zorgverzekeraars gevoerd over de problemen die zij ervaren bij de contractering. Mede op grond hiervan bekijkt de NZa momenteel welke van de huidige Good Contracting Practices voor de eerstelijnszorg omgezet kunnen worden in bindende regels voor het zorginkoopproces, die zullen gelden voor de gehele Zvw. Daarnaast is de NZa voornemens om zorgverzekeraars te verplichten om uiterlijk 1 april voorafgaand aan het kalenderjaar of de kalenderjaren waarvoor de zorginkoop zal plaatsvinden het zorginkoopbeleid en de procedure van de zorginkoop bekend te maken.

3. *Beheersbaarheid van de uitgaven*

De verschillende plafond- en prijsafspraken die hierboven zijn genoemd dragen allen bij aan de beheersbaarheid van de kosten voor de ggz. De afrekening van deze afspraken vindt plaats op basis van het schadelastjaar, oftewel voor de gespecialiseerde ggz worden de declaraties toegerekend aan het openingsjaar van een DBC en op basis daarvan worden de uitgaven bepaald.

Omdat een DBC maximaal een jaar kan openstaan, vindt de daadwerkelijke afrekening van de plafonds pas laat plaats. Informatie over de uitgaven in de gespecialiseerde ggz is daardoor met een vertraging van bijna drie jaar beschikbaar. Binnenkort gaan wij met partijen in gesprek over de mogelijkheden die er binnen de huidige productstructuur zijn om eerder inzicht te krijgen in de macro uitgaven[2] voor de ggz. Wij zullen u hier in november over rapporteren. Om ervoor te zorgen dat er per 2017 eerder inzicht is in de uitgaven, zal er dit najaar een beslissing moeten worden genomen of en op welke wijze er in de huidige DBC-productstructuur aanpassingen worden gedaan.

Financiële ontwikkelingen en de jaarrekeningen

Het afgelopen jaar werd gekenmerkt door de problemen om een goedkeurende accountantsverklaring bij de jaarrekening van 2013 en 2014 te krijgen. Op dit moment voeren partijen het Plan van Aanpak voor de jaarrekeningen in de ggz-sector uit. [3] De jaarrekeningen 2013 zijn door de meeste zorgaanbieders gepubliceerd met een controleverklaring met beperking of oordeelonthouding van de accountant. Voor de jaarrekeningen 2014 voeren veel zorgaanbieders een zelfonderzoek uit. Om te borgen dat dit zelfonderzoek goed wordt uitgevoerd en de jaarrekeningen over het algemeen met goedkeurende verklaringen kunnen worden gedeponeerd, heeft u recentelijk de uiterlijke indieningsdatum van de jaarrekening opgeschoven naar 1 december 2015.[4] De problematiek rondom de jaarrekeningen is nog niet geheel terug te zien in de cijfers over 2012 en 2013.

---

[2] Brief ‘Reactie op NZa-advies Verkorting doorlooptijden prestaties in de GGZ en FZ’, 16 maart 2015.

[3] Plan van aanpak verantwoording behandelingen en jaarrekeningen curatieve ggz naar aanleiding van de NBA audit alert 32, 1 december 2014.

[4] Kamerbrief ‘Stand van zaken uitvoering plan van aanpak jaarrekening GGZ’, 28 mei 2015.

De financiële effecten van de uitvoering van het plan van aanpak (zelfonderzoek) zullen nog terechtkomen in de jaarrekening van 2014. Op basis van deze cijfers moet blijken hoe de sector ervoor staat.

In de marktscan zijn de financiële kengetallen voor de sector op basis van de jaarrekeningen van 2012 en 2013 in kaart gebracht. Er is sprake van een grote spreiding als het gaat om de financiële gezondheid van ggz-aanbieders. Om deze reden zijn de gebruikte openbare data opgenomen in een bijlage van de marktscan.

De gewogen gemiddelde winstmarge is in 2013 ten opzichte van 2012 gedaald. De oorzaak van deze daling ligt met name bij de Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW's), die in het verleden een wat hogere gemiddelde winstmarge hadden. Grote geïntegreerde instellingen laten een stabieler beeld zien, met een wat lagere winstmarge. De algemene eisen voor de kengetallen worden over het gemiddelde door de sector wel gehaald. Door de onzekerheden over de omzetten die ontstaan zijn bij de overgang op prestatiebekostiging zijn de financiële risico's voor de sector op dit moment echter moeilijk in te schatten.

Transparantie van kwaliteit
Als het gaat om de transparantie van de kwaliteit van zorg, blijft de ggz-sector wat achter op andere zorgsectoren. Dit geldt zowel voor de keuze-informatie op het gebied van kwaliteit voor de consument, als voor de informatie voor zorgaanbieder en verzekeraar binnen het inkoopproces. Om de ontwikkeling op het gebied van de transparantie van kwaliteit van zorg in de ggz te versnellen, heeft u in hier in de Kamerbrief 'Kwaliteit loont'[5] expliciet aandacht voor gevraagd en aangegeven voor deze sector aanvullende eisen aan kwaliteit en transparantie van geleverde zorg te gaan stellen. Op dit moment zijn wij met u in gesprek hoe de transparantie van de kwaliteit van zorg tussen zorgaanbieder en verzekeraar verbeterd kan worden door middel van transparantieverplichtingen.

Ontwikkeling ROM
Er wordt al een aantal jaren gewerkt aan de implementatie van Routine-Outcome-Measurement (ROM) om de kwaliteit van behandelingen en de te behalen behandeleffecten te kunnen meten. De aanlevering van ROM is de afgelopen jaren onderdeel geweest van de bestuurlijke akkoorden en daarmee ook van de contractafspraken die zorgaanbieders en zorgverzekeraars met elkaar maakten. Het instrument ROM wordt door partijen gezien als een goede manier om inzicht te krijgen in de kwaliteit van geleverde zorg. Uit de marktscan blijkt dat er sprake is van een gestage toename van zowel het aantal aan Stichting Benchmark GGZ (SBG) aangeleverde DBC's als het aantal DBC's met een geldige voor- en nameting.

Het is nog niet mogelijk om daadwerkelijk op basis van behandeleffecten te benchmarken en bijvoorbeeld selectief te kunnen inkopen. Behandeleffecten zijn nog niet goed te corrigeren voor bepaalde eigenschappen van de patiëntenpopulatie die een directe invloed hebben

---

[5] Kamerbrief over verbeteren kwaliteit en betaalbaarheid zorg, kwaliteit loont, 6 februari 2015.

op het behandeleffect, maar die tussen de patiëntenpopulatie van verschillende zorgaanbieders afwijken. Op dit moment is nog niet precies duidelijk met welke kenmerken rekening moet worden gehouden om een goede vergelijking te maken. Dit vergt nog verder onderzoek. Om daadwerkelijk goed in te kopen op basis van prestatie zal naast een verbetering in de aanlevering aan SBG ook meer inzicht moeten ontstaan in behandeleffecten. De mogelijkheid om deze effecten te benchmarken is voorwaarde voor een goed functionerende zorgmarkt.

Wachttijden ambulante ggz
In deel A van de marktscan zijn wij ingegaan op de wachttijden voor de ambulante ggz op basis van de websites van aanbieders en op basis van data uit het DBC Informatie Systeem (DIS). Uit de DIS-data bleek dat circa 29% van alle patiënten in het circuit 'volwassenen' in 2012 langer dan de Treeknorm moest wachten tot de eerste afspraak (aanmeldwachttijd). Daarnaast bleek er sprake van een sterke spreiding in de gemiddelde wachttijd tussen de verschillende zorgaanbieders.

Beperkte fluctuatie gemiddelde wachttijden, grote spreiding tussen zorgaanbieders, verschillen tussen diagnoses
Om langere wachttijden te kunnen duiden, is verdiepend onderzoek noodzakelijk, er kunnen immers meerdere oorzaken aan wachttijden ten grondslag liggen. Om die reden is in dit deel van de marktscan een verdiepend onderzoek uitgevoerd op basis van DIS-data. Omdat meer recente data nog niet volledig zijn vanwege de doorlooptijd van DBC's, heeft het verdiepende onderzoek alleen plaats kunnen vinden op data van 2010-2012. Uit deel A bleek al dat het mogelijk is om via het DIS retrospectief wachttijden te berekenen. Uit deze analyse blijkt dat er duidelijk aanwijsbare diagnosegroepen zijn waarbij de gemiddelde wachttijd afwijkt van het algemene gemiddelde. Dit is vooral het geval bij de diagnosegroepen autisme[6], bipolaire stoornissen, schizofrenie en persoonlijkheidsstoornissen.

Te lange wachttijden en wachttijdbemiddeling
Zorgaanbieders zijn nu verplicht om de wachttijden voor ambulante behandeling in de gespecialiseerde ggz op hun website[7] te publiceren. Op dit moment bekijken wij op welke wijze zorgaanbieders met een te lange wachttijd voor ambulante gespecialiseerde ggz kunnen worden verplicht om patiënten hierover te informeren.

Naast de mogelijkheden die aanbieders hebben om (toekomstige) patiënten te informeren over wachttijden, hebben zorgverzekeraars ook een rol als het gaat om te lange wachttijden bij een zorgaanbieder. Zorgverzekeraars moeten er in het geval van een naturaverzekering voor zorgen dat de verzekerde terecht kan bij een zorgaanbieder die de zorg tijdig kan verlenen, en in het geval van een restitutieverzekering op verzoek van de verzekerde bemiddelen bij het vinden van een zorgaanbieder die de zorg tijdig kan verlenen. Omdat deze rechten niet bij alle verzekerden bekend zijn, willen wij voor het einde van dit jaar zorgverzekeraars verplichten hierover meer informatie te verstrekken via hun websites.

[6] Hierin zijn alleen volwassenen (18+) meegenomen.
[7] Indien de aanbieder niet over een website beschikt geldt een afwijkende regeling.

Deze verplichting maakt deel uit van een aangepaste regeling over de informatieverstrekking van zorgverzekeraars aan consumenten.

In de loop van dit jaar worden de wachttijden nogmaals onder de loep genomen in het onderzoek naar de zorgplicht van verzekeraars. Hierover wordt in het derde rapport[8], waarin wordt ingezoomd op de ggz, gerapporteerd. De uitkomsten worden verwacht in oktober dit jaar. Daarnaast gaan we in overleg met partijen of de regeling publicatie wachttijden ggz op twee punten aangepast moet worden. De eerste is of de regeling verbreed kan worden naar de Basis GGZ en de klinische GGZ. De tweede is of de definitie van wachttijden voldoet zodat er voor patiënten de meest relevante informatie hierover wordt verschaft.

Marktgedrag

Over 2013 en 2014 hebben wij diverse signalen ontvangen omtrent het contracteerproces. Daarnaast hebben wij ook signalen ontvangen als het gaat om de naleving van de regels in de curatieve ggz. Een aantal van deze signalen betrof het in rekening brengen van te hoge tarieven in relatie tot de (ervaren) bestede tijd. Dit zou kunnen betekenen dat er sprake is van upcoding en dit blijft dan ook een aandachtspunt binnen de ggz.

Upcoding

In eerdere marktscans zijn we al ingegaan op upcoding in de gespecialiseerde ggz. Daaruit bleek dat het bij niet-gebudgetteerde zorgaanbieders relatief vaak voorkomt dat een DBC wordt gesloten op een financieel gunstig moment binnen de tijdsklassen in de DBC-systematiek. Door de invoering van prestatiebekostiging per 2013 worden nu ook de voorheen gebudgetteerde aanbieders bekostigd op basis van tijdsklassen die afleiden tot een te declareren product. Binnen deze groep (voormalig) gebudgetteerde aanbieders vond in 2013 op zeer beperkte schaal upcoding plaats. We zien per 2013 dan ook geen ander beeld ontstaan, ondanks dat het budget voor de voorheen gebudgetteerde instellingen niet meer leidend is. Wat mogelijk meespeelt is dat deze instellingen in 2013 nog wel een vangnet hadden in de vorm van een verrekenbedrag. In 2014 bestond dit vangnet voor de meeste instellingen niet meer, maar vanaf die tijd wordt wel de werkelijke bestede tijd op de factuur vermeld. Op deze wijze heeft de verzekeraar meer controlemogelijkheden. Data over dit jaar zijn echter nog niet beschikbaar.

In de komende marktscans zullen wij de ontwikkeling blijven volgen. Naast de maatregelen die al getroffen zijn, wordt de beperking van het risico op upcoding ook in het lopende initiatief van het veld om de productstructuur aan te passen meegenomen. De signalen die wij gedurende het jaar over dit onderwerp binnenkrijgen beoordelen wij. Deze signalen kunnen leiden tot een onderzoek van de NZa met als mogelijk gevolg een handhavingsmaatregel zoals een boete. Daarnaast

[8] Deel 1: zorgcontracten in kaart (http://www.nza.nl/104107/138040/rapport-zorgcontracten-in-kaart.pdf);
Deel 2: contractering in relatie tot de zorgplicht van zorgverzekeraars, voor de sectoren eerstelijns verloskunde, fysiotherapie en logopedie (rapportage eind juni 2015);
Deel 3: contractering in relatie tot de zorgplicht van zorgverzekeraars, voor de curatieve GGZ (rapportage oktober 2015).

laat de marktscan zien dat wij op basis van data zorgaanbieders met een afwijkend declaratiepatroon in kaart kunnen brengen. Deze informatie wordt in de komende periode gebruikt voor onze toezichtsfunctie.

Privacyregeling gebruikt bij 0,1% van de DBC-declaraties
Naast signalen over upcoding zijn er in 2013 en 2014 ook signalen binnengekomen van consumenten en branchepartijen over het gebruik van de privacyregeling in de ggz. Deze regeling houdt in dat patiënten en zorgaanbieders, in geval van privacybezwaren, kunnen afwijken van de vermelding van diagnose-informatie op de factuur. Het gebruik van deze regeling hebben wij in 2013 geëvalueerd op basis van de ervaringen van gebruikers. [9] Toen bleek dat er niet veel gebruik werd gemaakt van deze regeling en er dus nog weinig ervaring mee was.

In deze marktscan hebben we het gebruik van de regeling gemeten. In het najaar gaan wij bekijken in hoeverre zorgverzekeraars de regeling naleven. Op basis van de huidige declaraties voor de gespecialiseerde ggz over 2014 blijkt dat in circa 0,1% van de gevallen gebruik is gemaakt van de regeling. Dit percentage is een voorlopig percentage en gebaseerd op ongeveer een kwart van de totale DBC-declaraties over 2014.

Naar aanleiding van de diverse signalen die wij ontvingen, hebben wij verzekeraars afgelopen jaar er op geattendeerd dat de privacyregeling juist moet worden toegepast. Toch blijft de NZa nog steeds klachten ontvangen over dit onderwerp. Dit is voor ons reden om bij de review van de controleprocessen van zorgverzekeraars door de NZa in de tweede helft van dit jaar extra aandacht te besteden aan de naleving van de privacyregels.

We hopen u middels deze beleidsbrief en de marktscan een goed beeld te hebben gegeven over de stand van zaken in de geestelijke gezondheidszorg. Komend najaar zal het eerste deel van de volgende scan verschijnen met daarin in ieder geval extra aandacht voor de contractering van vrijgevestigde praktijken.

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur

---

[9] Rapport Evaluatie Privacyregeling GGZ, uitzonderingsartikel in geval van privacybezwaren, juli 2013